



**GÖTEBORGS UNIVERSITET**  
**SOCIOLOGISKA INSTITUTIONEN**

Examensarbete för Master i sociologi  
med samhällsanalytisk inriktning, 30 hp.

”En praktisk lösning”  
- om styrningsteknologier inom konsutredningar

*Hanna Lindqvist*

Handledare: Cathrin Wasshede  
Vt-2011

## **Innehållsförteckning**

Introduktion .....	3
Institutionella logiker.....	6
Institutionens aktörer .....	6
Diskursanalys och skiftande former av styrning .....	8
Ritueella utvärderingsprinciper.....	10
Förhandlingar - att styras genom frihet.....	13
Diagnostisering - en praktisk lösning.....	15
Slutsats .....	19
Litteratur.....	20

---

*The purpose of this article is to explore the technologies of government that are created within gender disorder assessments as an institution. I have done so by utilizing Norman Faircloughs discourse analysing instrument "communicative action", which focus on the social institution as relational.*

*The material is strategically chosen by gathering texts from the Swedish state, the psychiatric clinics, NGO:s and by performing interviews with transsexual patients.*

*When analysing the communication of the main agents, I have concluded that practices highly are a result of repeating text and speech inside the institution. The psychiatric assessments can also be seen as an illustration in changes in how citizens are governed in advanced liberal societies, where the role of the state has been gradually reduced in favour of other agents.*

*I consider that the change illustrates an "acting at a distance"-mentality where the patient is introduced to participate in the definition of the care in what I call "negotiation as a technology". At the same time, the patient is hold accountable for the outcome of the assessment. I have also found that the assessments have a specific "auditing" feature that enables various forms of expertise to legitimize resolutions on the count of certain kind of "practical" knowledge, and, further, how diagnosis is used as a programmatic tool. Simultaneously the results show that the changed governing of the transsexual patient is complex, gradual and still intertwined with an "old" kind of "top down" regulation in psychiatric assessments.*

*"Transsexualism" "Diagnosis" "Negotiation" "Institution" "Governmentality"*

---

I juni 1972 trädde lagen om fastställelse av könstillhörighet i vissa fall i kraft (1972:119). Sverige var då det första landet i världen med särskild lagstiftning gällande fastställande av könstillhörighet för transsexuella. Sedan dess har ungefär 500<sup>1</sup> personer genomgått fullständig könskonfirmering<sup>2</sup> och en än större mängd har ansökt om att få genomgå utredning samt genomgått en del av behandlingen. För att få genomgå könskonfirmering i Sverige krävs det att man genomgår en utredning för ändring av biologiskt samt juridiskt kön. Utredningsprocessen tar sin början i och med en remiss från primärvården, alternativt en egenremiss.<sup>3</sup> Utifrån remissen hänvisas sedan patienten till den psykiatriska klinik som tillhör patientens upptagningsområde samt är godkänd att utföra könsutredningar. I artikeln kommer fokus endast ligga på utredningsförfarandet, det vill säga den process som ligger till grund för en psykiatrisk diagnos samt är förutsättning för vidare behandling med hormoner och eventuell annan behandling som kirurgi.

För närvarande finns det tre specialistmottagningar som ligger belägna i Alingsås, Lund och Stockholm. Utredningar utförs även vid de psykiatriska klinikerna i Linköping, Luleå, Umeå och Uppsala (Socialstyrelsen, 2010:43). Utredningen genomförs av en ansvarig psykiatriker och psykolog, ibland även med stöd av en socionom. På vissa, men inte alla kliniker, har det utformats speciella utredningsteam, på övriga utgår man fortfarande från ramen för det generella psykiatriska arbetet (ibid.:43).

*Transsexualism* är kategoriserad som en psykiatrisk diagnos<sup>4</sup> som utgår från *World Health Organization's* (WHO) sjukdomsklassifikationssystem och definieras enligt Socialstyrelsen som: "Ett tillstånd då en person upplever sig vara av ett annat kön än det juridiska kön man tilldelats" (ibid.:8).

---

<sup>1</sup> Senaste uppgiften om antalet genomförda konfirmeringar är från 2007, hämtad från [www.rfsl.se](http://www.rfsl.se).

<sup>2</sup> Jag har i artikeln valt att använda mig av begreppet "könskonfirmering" för att belysa patienternas perspektiv av att behandlingen är ett bekräftande av könsidentiteten snarare än en korrigering. Andra begrepp som används mer flitigt för att beskriva behandlingen är "könskorrigering" och "könsbyte".

<sup>3</sup> Rätten att söka icke-specialiserad vård utifrån en egenremiss infördes 2008 i och med vårdgarantin. Egenremittering innebär att patienten själv skall ges möjlighet att avgöra eget vårdbehov utan att behöva vända sig till primärvården för att få en första bedömning (<http://tillgangligvard.org/information-om-varogaranti/fragor-och-svar/55-sa-raeknas-varogarantins-tidsgraenser>).

<sup>4</sup> Diagnoskoder, ICD-10; F64-0; DSM-IV.

Det har under de senare åren uppstått ett växande intresse för transsexualism inom svensk forskning. Jag har främst valt att utvärdera hur den svenska forskningskontexten ser ut, även om jag till viss del även studerat den utländska. En av de framträdande forskarna, Susan Stryker, har bland annat varit med och sammanställt *The Transgender Studies Reader* (2006) som samlar ett flertal bidrag inom den amerikanska "transgender"-forskningen.<sup>5</sup> Delar av forskningen kring transsexualism i Sverige är förlagd till de natur- och psykologiska vetenskaperna. Den inom svensk psykiatri ledande inom området transsexualism, Mikael Landén, fokuserar på att härleda könsidentitet till neurologi/biologi samt undersöker allmänhetens uppfattningar om transsexualism (Landén, 1999). Ett viktigt bidrag i det sammanhanget är också den svenska sociologen Ann Kroons utomordentliga genomgång av den psykiatriska litteraturen kring transsexualism och hur den reproducerar synen på asymmetri mellan maskulinitet och femininitet och hur föreställningar kring kön kopplas till aktiva och passiva subjekt (Kroon, 2007). Camilla Larsson och Lina Linderberth (2011) har även skrivit en magisteruppsats där klinikernas uppfattning om relationen till TS-patienten<sup>6</sup> undersöks genom intervjuer med vårdpersonal.

Det jag kan konstatera är att mycket av forskningen inom det samhällsvetenskapliga fältet, oftast behandlar frågor som rör *normaliseringsprocesser* och *identitet*. Även om studierna har tjänat som inspiration, har de även i ett vidare syfte pekat på vikten av att utveckla forskningen till förmån för andra perspektiv. Pedagogerna Helena Bergström och etnologen Signe Bremer har båda i sina avhandlingar fokuserat på transsexuella erfarenheter genom intervjuer. Bergström på den transsexuella som anhörig genom olika *anhörigdilemman* och Bremer genom att titta på skapandet av *den godtagbara kroppen* inom TS-vården (Bergström, 2007:61; Bremer, 2011:6). Båda visar hur vården är beroende av hur olika aktörer både skapar stöttande och begränsande praktiker för transsexuella. Forskningen visar att det inom vården och familjen formuleras en specifik vit könsmarkör som patienten måste förhålla sig till för att kunna få behandling. Bremer konstaterar också att det är inom denna respektabilitetskontext som Male to Females (MtF) diagnostiseras som *transvestiter* utifrån föreställningar om "överdrivna" könsmarkeringar, såsom kraftig sminkning eller för utmanande klädsel (Bremer, 2008:2). Vikten av att "passera" visar sig inte vara förbehållet psykiatrins och patientens tolkning utan är också kopplat till ett *framgångsresultat* i beskrivningar hos andra aktörer, så som exempelvis Riksförbundet för sexuellt likaberättigande (RFSL) (Bremer, 2011:98). Det konstateras också att det godtagbara passerandet även bedöms utifrån hur materiellt "mottaglig" patienten är för behandling utifrån kroppens konstitution (ibid.:99).

Förutom den mer upplevelsebaserade forskningen utgår min artikel från ett forskningsfält som specifikt analyserar statens roll. Historikern Sara Edenheim och idéhistorikern Erika Alm har båda forskat kring formulerandet av sexualitet och identitet i svenska statliga utredningar (Edenheim, 2005; Alm, 2006). Alm fokuserar på hur föreställningar om kroppen i de statliga utredningarna från 1960- och 70- talen hamnar i konflikt mellan diskurser gällande självbestämmanderätt och kontroll. Talet om kroppen blir del av en *riskkalkylerande* diskurs som hänvisar till samhällets ansvar att "skydda" individen och denna diskurs är starkt kopplad till olika former av expertiskonflikter (Alm, 2006:179). Både Alm och Edenheims forskning fokuserar främst kring *sexualitet*, och hur heterosexuella normaliseringsprocesser reproduceras genom statens uttryck. Det är dock tydligt hur utredningarna har betydelse för hur frågor kring transsexuella behandlats ur en statlig hänsyn och hur staten som aktör, både genom lagar och utredningar, inte kan ses som uträknad (Edenheim, 2005:23).

Sammantaget visar den svenska forskningen att könsutredningar innehåller en komplex formation av historiska och nutida fraktioner som har betydelse för vilka praktiker som skapas. Genom att vidare studera hur dessa fraktioner står i relation till varandra hoppas jag tillföra en ny dimension till forskningsfältet. Bremer menar att könsutredningarna länge styrts av psykiatrins snäva diagnostiseringsramar. Samtidigt påpekar hon att det, i takt med att kommunikationen mellan patienter och yrkeskår fördjupats och psykiatrin blivit mer transparent, finns hopp om en större acceptans för

<sup>5</sup> Större delen av den utländska forskningen jag tagit del av kan sägas ingå i en anglosaxisk samt amerikansk forskartradition med betoning på ett queer -och socialkonstruktivistiskt perspektiv.

<sup>6</sup> Jag kommer i artikeln både använda mig av begreppet *TS-patient* och *patient*. Anledningen är det finns patienter som aldrig blivit diagnostiserade som transsexuella men fortfarande har varit i kontakt med TS-vården. Det finns också personer som väljer att inte kategorisera sig som transsexuell trots att de figurerar i en utredning.

olikheter (Bremer, 2007:44). Även om så är fallet är det också utifrån en sociologisk synvinkel fruktbart att studera vad som händer med maktrelationerna inom könsutredningarna då *synbar* öppenhet skapas. Vad blir konsekvensen inom en institution där direkt styrning har blivit ifrågasatt och nya allianser och relationer mellan patient och vårdgivare skapas? Jag vill med min artikel visa att det skett en förändring inom könsutredningarna, men att den inte nödvändigtvis skapat större handlingsfrihet för TS-patienter utan snarare andra *slags* styrningsformer. Psykiatrins tidigare repressiva förhållningssätt till patienten, där en ensam psykiatriker dikterade villkoren, har delvis ersatts av en ny vårdform där utredningsteam arbetar i nära relation med patienten. Jag menar att denna förskjutning från den ”gamla” till den ”nya” vårdformen illustrerar hur styrning byter skepnad i takt med att samhället i stort genomgår förändring.

Enligt Socialstyrelsen finns det inte, och har aldrig funnits, några enhetliga riktlinjer för varken hur diagnostisering eller könsutredning skall gå till i Sverige. Både utredningsförfarandet och diagnostisering sker utifrån den specifika utredningsenhetens utarbetade *praxis*. Det finns internationella riktlinjer utarbetade av *Standards of care*<sup>7</sup> för hur utredningarna bör gå till, det är också de riktlinjer som Socialstyrelsen och en del av utredningsenheterna ser som vägledande (ibid.:46). Även *Svensk Förening för Transsexuell Hälsa*<sup>8</sup> (SFTH), som är en samling av de aktiva vårdgivarna på området, har satt ihop ett kortfattat vårdprogram som är rekommenderande (Vårdprogram, SFTH). Generellt, med vissa undantag, består själva utredningsprocessen av: 1) Bedömning/diagnostisering (minst ett år), 2) ”Real life”-test<sup>9</sup>/hormonbehandling/talpedagog/epilering (förutsatt diagnostisering, minst ett år). Efter utredningsprocessen, som i många fall överskrider minimtiden av två år, följer sedan kirurgiska ingrepp samt bedömning från rättsliga rådet för byte av juridiskt kön. Ansökan till rättsliga rådet kommer från patienten själv med intyg från psykiatri. De juridiska kraven som föregår ansökan är att patienten har fyllt 18 år, är svensk medborgare, ogift samt har genomfört sterilisering.

Artikeln tar avstamp i spänningen mellan Socialstyrelsens skrivelser, psykiatrins praktik och de personer som utreds. Vidare har jag valt att identifiera utredningsprocessen som en *institution* i den bemärkelsen att de nutida styrningsformerna inte går att identifiera genom att enbart titta på en aktör. Jag ser det därmed som avgörande att fokusera på hur relationer och förhandlingar inom institutionen skapas utifrån olika maktpositioner (Fairclough, 1995:36). Med institution menas den arena där TS-patienten under utredning ingår i ett socialt sammanhang, där ett specifikt språk och specifika normer är tydliga och därmed även förutsättningarna för handlande skapas.

Syftet med artikeln är att undersöka de *styrningsteknologier* som finns inom könsutredningar genom att analysera tal och text som produceras, distribueras och konsumeras inom institutionen. Fokus ligger på att visa hur styrning inom könsutredningar är kopplat till särskilda former av *styrningsmentaliteter* vilket påverkar TS-patienters förutsättningar att förhålla sig till sin egen utredningsprocess (se Fairclough, 1992; Rose & Miller, 2008).

Jag kommer därmed mer precist att undersöka: *Vilka specifika styrningsteknologier kan man se som framträdande inom institutionen och vad kännetecknas de av? Kan de kopplas till särskilda former av styrningsmentaliteter och i så fall hur? På vilka sätt möjliggörs och begränsas handlingsutrymmet för TS-patienter inom ramen för könsutredningarna som institution?*

Förutom staten och psykiatri kommer jag hävda att den institutionella formationen är beroende av olika intresseorganisationer samt de patienter som utredningen gäller. Därmed utgör artikeln ett bidrag till att skapa förståelse för vilka komplexa mekanismer som ligger bakom ett utredningsförfarande som grundar sig i mycket svaga direktiv, men samtidigt har stor betydelse för patienternas liv och välbefinnande.

### Institutionella logiker

Artikelns utgångspunkt är att se könsutredningar som en institution som är beroende av relationerna mellan ett flertal aktörer. Definitionen är till viss del hämtad från Norman Faircloughs syn på den sociala institutionen, som ”an order of discourse” där specifika regler skapas för kommunikation

<sup>7</sup> Riktlinjerna har utformats av *The World Professional Association for Transgender Health* vilket är en internationell samling av professionen inom området transsexuell hälsa (<http://www.wpath.org/>).

<sup>8</sup> [www.sfth.se](http://www.sfth.se)

<sup>9</sup> ”Real life”-test är den ”testperiod” där patienten skall leva fullt ut som den upplevda könsidentiteten.

(Fairclough, 1995:38-40). Inom sociala institutioner går det oftast att identifiera dominanta uttryck och när dominansen är obestridd kommer normerna *naturaliseras* och ses som institutionens inneboende logik (ibid.:41). Naturaliseringen är ofta ett resultat av att liknande uttryck upprepas och därmed skapas "sanningar" om hur könsutredningar bör förstås. Upprepningarna kan vara ett resultat av medvetna kalkyleringar för att skapa legitimitet eller rent utav en "anpassning" för att överhuvudtaget få räknas som en aktör inom institutionen.

Det som gör definitionen av den sociala institutionen användbar i min artikel är att den bidrar med en öppning för att se makt som en *förhandlingsvara* samtidigt som den tar hänsyn till att resurserna är olika fördelade beroende av position. Syftet är att visa hur styrning inte är ensidigt skapad utifrån ett slags maktcentra utan tvärtom är ett ständigt pågående resultat av *strider* inom och mellan diskurser (Fahlgren, 1999:157; Foucault, 1993, Mills; 2004). Perspektivet aktualiseras särskilt i artikeln eftersom jag kommer att analysera hur innehållet i könsutredningarna delvis har gått ifrån en mer auktoritär hållning gentemot patienten till en alltmer "patientinriktad" vård.

Att se diskurser som konfliktartade hämtar jag från delar av den poststrukturella feministiska traditionen som, genom att vidareutveckla Michel Foucaults syn,<sup>10</sup> inte väljer att se diskurser som ett resultat av en diskursiv hegemoni i den bemärkelsen att diskurser står isolerade som normsystem. Producerandet av praktiker, genom exempelvis texter, är inte determinerande av endast en diskurs utan ett resultat av ett flertal, oftast i konflikt med varandra (Mills, 2004:89). På så vis är artikelns teoretiska hemvist ett resultat av ett uttalat *konfliktperspektiv* som ser diskursiva strider som utgångspunkt för social förändring.

### Institutionens aktörer

På en statlig nivå består institutionen av de direktiv och lagar som skapats på ett juridiskt/politiskt plan. Lagen består av de definitioner som utredningen är beroende av juridiskt. Den reglerar åldersgräns, fortplantningsmöjligheter samt utgör den rättsliga grunden för definitionen av hur beslut om könsidentitetsfrågor skall hanteras: "Den som sedan ungdomen upplever att han tillhör annat kön än det som framgår av folkbokföringen och sedan avsevärd tid uppträder i enlighet härmed samt måste antagas även framledes leva i sådan könsroll kan efter egen ansökan få fastställt att han tillhör det andra könet" (1972:119§1).

Socialstyrelsen fungerar som tillsynsmyndighet av vården, samt utreder tillstånd för utredningsenheter. I slutskedet är det rättsliga rådet som ger tillstånd för byte av juridiskt kön. Rollen som föredragande i rättsliga rådet för könskonfirmeringsärenden innehas för närvarande av två psykiatriker som även är/har varit verksamma som kliniker. Socialstyrelsens roll kan ses som *utredande* medan det rättsliga rådets som *beslutande*. Socialstyrelsens övergripande uppdrag är att: "... verka för en god vård och omsorg genom att styra med regler, kunskap och statsbidrag, och genom att göra tillsyn, uppföljningar och utvärderingar" (<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17986/2010-6-1.pdf>). Därmed innehar Socialstyrelsen en viktig position och kan som aktör både ses som statens förlängda arm och expertis. Svenska statliga utredningsmyndigheter har producerat ett antal rapporter som utreder transsexuellas situation (Socialstyrelsen, 2010; SOU, 2007; Statens folkhälsoinstitut, 2008). Jag har valt att analysera rapporten: *Transsexuella och övriga personer med könsidentitetsstörningar. Rättsliga villkor för fastställelse av könstillhörighet samt vård och stöd* (2010) på grund av att den ger den mest utförliga beskrivningen av hur Socialstyrelsen definierar att könsutredningar går till, samt innehåller konkreta förslag till förbättring. Materialet genererar därmed en beskrivning av hur ärendet i nuläget hanteras på en *statlig* nivå. Lagen samt Socialstyrelsens rapport finns tillgängliga på internet.<sup>11</sup> För att identifiera klinikernas uttryck har jag valt att ta del av de offentliga dokument som finns att tillgå genom vårdinstansernas hemsidor.<sup>12</sup> Jag har även av en klinik blivit tilldelad ett dokument med riktlinjer samt efter förfrågan fått ta del av SFTH: s vårdriktlinjer som motsvarar dessa riktlinjer (Vårdprogram, SFTH). Jag har också analyserat det remissvar som SFTH utformat utifrån

<sup>10</sup> Jämför Foucault (2002) som oftast definierar diskurser bundet till specifika tidsera utifrån ett mer hegemoniskt perspektiv och därmed kritiserats för att se diskursen som alltför determinerande (Mills, 2004:78).

<sup>11</sup> Se [http://62.95.69.15/sfs/sfst\\_form.html](http://62.95.69.15/sfs/sfst_form.html) (1972:119) , <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18087/2010-6-31.pdf>.

<sup>12</sup> Se [www.varldguiden.se](http://www.varldguiden.se), <http://www.imagineit.nu/files/konsbytesutredningar.pdf>

Socialstyrelsens rapport (Remissutlåtande, SFTH). Urvalet av texter bygger på att de ger en bild av hur utredningsarbetet ser ut utifrån vårdinstansens egna beskrivningar. Materialet är inte av den omfattningen att den kan sägas ge en generell bild av hur utredningen går till, det grundar sig på ett *strategiskt urval* utifrån det material som funnits tillgängligt och som bäst har kunnat ringa in problemområdet (Fairclough, 1992:227). Jag har avgränsnings- och praktiska skäl inte genomfört intervjuer med någon kliniker, även om jag initialt, utan resultat, uttryckt en sådan förfrågan. Jag har inte heller tagit del av patientjournaler eller andra mer ”inofficiella” dokument från specifika utredningssituationer eftersom dessa utifrån en tidsmässig aspekt varit mer svårtillgängliga.

För att ringa in intresseorganisationerna har fokus varit på dem som har en betydande kommunikativ relation med de andra aktörerna. Avsikten är inte att hävda att organisationerna utgör en helhetsbild av intresseorganisationernas uttryck, utan en betydande del. Material från RFSL, Patientföreningen Benjamin och Kön Identitet Mångfald (KIM) har hämtats från respektive hemsidor.<sup>13</sup> Urvalet har gjorts utifrån de frågor min artikel omfattar, det vill säga hur de respektive organisationerna formulerar sig angående könsutredningar. Intresseorganisationernas roll inom institutionen är betydelsefull eftersom de både representerar TS-personer och en mer politisk utåtriktad funktion genom olika former av lobbyarbete. Genom att peka på specifika organisationer som aktörer vill jag visa att institutionens normer också har skapats genom olika former av motstånd och att motståndet inte alltid utgör en homogen utgångspunkt.

Artikeln fokuserar på utredningsprocessen för transsexuella, ett val som bygger på flera logiker. För det första är det nästan uteslutande transsexuella som godkänns att fullfölja utredning, undantaget är intersexuella.<sup>14</sup> Även om transsexuellas och intersexuellas erfarenheter kan likna varandra så finns ofta olikheter främst gällande hur vården ser på de två patientgrupperna och därmed hur utredningsarbetet går till. Intersexualism kategoriseras som ett *biologiskt tillstånd* medan transsexualism definieras som ett *psykiatriskt tillstånd* och därmed skiljer sig också vårdkriterierna markant åt (Socialstyrelsen, 2010:3).

Jag har genomfört fem intervjuer med TS-patienter, varav två har varit *telefonintervjuer* och tre ansikte mot ansikte. Även om det av interaktionistiska och etiska skäl brukar vara föredömligt att använda sig av ansikte mot ansikte-intervjuer har jag i mitt arbete inte sett telefonintervjuer som en nackdel. Tvärtom har intervjuerna gett likvärdig information, i vissa fall en än mer detaljerad sådan, vilket möjligen berott på minskad nervositet från båda håll. Materialet har transkriberats snarast efter varje intervju. Intervjupersonerna har lokaliserats genom intresseorganisationer samt diverse internetforum. Med respekt för mina respondenter har jag valt att inte allt för ingående beskriva kontaktprocessen på grund av sekretessprincipen.<sup>15</sup> Med tanke på att antalet transsexuella som i Sverige genomgått utredning är begränsat betyder det också ett särskilt forskningsetiskt ansvar för hur materialet presenteras, jag har därför varit aktsam med beskrivning av händelser, platser och erfarenheter på ett sådant sätt som kan riskera att utelämnar specifika personer. Samtliga personnamn är även fingerade. Två av mina intervjupersoner har aldrig blivit diagnostiserade, den ena genomförde behandling utomlands och den andre avslutade utredningen innan diagnostiseringen var färdig. En av intervjupersonerna befann sig fortfarande i utredningsprocessen under tiden för intervjun och hade precis erhållit en diagnos. De två resterande var färdigutredda, diagnostiserade och väntade på besked för byte av juridiskt kön.

Jag gör åtskillnad mellan erfarenhetsberättelser i egenskap av respondent och mer allmän information om transsexuellas utredningssituation i egenskap av informant i så kallade *open-ended interviews*, som baseras på samtal med en person i taget utan för mycket styrning (Aspers, 2007:133; Rapley, 2001:310). Åtskillnaden har att göra med intervjupersonernas olika roller, dels som patient och dels som aktiva politiska subjekt. En del av de berättelser jag har tagit del av handlar därmed om saker som går utanför patientens egna erfarenheter. Intervjumetodiken har utgått från att utredningsprocessen, för en del men inte för alla, kan vara förenad med starka känslomässiga

<sup>13</sup> Se [www.rfsl.se](http://www.rfsl.se), [www.foreningenbenjamin.se](http://www.foreningenbenjamin.se), [www.kim.nu](http://www.kim.nu).

<sup>14</sup> Intersexuell definieras av RFSL som en person som har oklart kön utifrån könsorganens konstitution eller kromosomuppsättning. Ett stort antal olika tillstånd och diagnoser samlas under detta begrepp (<http://www.rfsl.se/?p=410>).

<sup>15</sup> Se vetenskapsrådets forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning (<http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>).

erfarenheter. Val av tillvägagångssätt har därför varit extra viktigt ur en forskningsetisk men även mellanmännisklig synpunkt. Min målsättning har därmed varit att utforma intervjuerna på ett sådant sätt att mina respondenter inte skall behöva uppleva mötet med mig som ännu en utredningsprocess. Det har även varit av vikt att i förväg svara på frågor om syftet med min undersökning, vilka slags frågor man kan förvänta sig samt hur deras svar kommer att bearbetas och presenteras, en öppenhet som jag ansett varit nödvändig för att upprätthålla ett respektfullt möte (Reinharz, 1992:31). Näst intill alla personer som ingår i intervjumaterialet har på ett eller annat sätt redan deltagit i andra intervjuer i egenskap av TS-patient. Några beskriver sin öppenhet som självklar, andra som selektiv och samtliga har sett det som ett sätt att belysa vikten av att få fram transsexuellas erfarenheter.

De avvägningar jag gjort i arbetet med att ringa in institutionen betyder också att en del material har valts bort och i förlängningen även potentiella aktörer. Eftersom formationen för institutioner, utifrån mitt synsätt, är komplext och föränderligt har mina val grundats på de aktörer jag i nuläget anser motsvarar artikelns syfte. Därmed har exempelvis partipolitiska aktörer, som är aktiva i det parlamentariska arbetet, valts bort eftersom det främst ger information om den juridiska kontexten gällande exempelvis lagförslag.

Andra etiska frågeställningar som har varit betydelsefulla att beakta har främst gällt att jag genom min artikel kritiskt angriper utredningsförfarandet samtidigt som jag är en del av det. Genom att vrida och vända på institutionens aktörer sätter jag mig i en position av att skapa egna föreställningar av hur en utredning är och bör vara. På samma sätt ser jag det som en självklarhet att reflektera över i vilken omfattning jag som utomstående beskådare, aktiv intervjuare samt tolkare bereder ännu en utredningsprocess för mina intervjupersoner. Som materialet kommer att visa är transsexualism inte bara definierat som en psykiatrisk diagnos utan även som en del av både interna och externa debatter gällande *sexualpolitik*, *vetenskap* och *positionering*. Kritik har även uppstått kring rätten att *representera*, en fråga som jag inte gått oreflekterat förbi.<sup>16</sup>

Eftersom det övergripande syftet med artikeln är att dra slutsatser om styrning inom institutionen är det också viktigt att ha förståelse för att det ibland skapas starka emotionella band mellan institutionens olika aktörer, främst mellan vårdgivare och patient. Därför känns det mer än angeläget att respektera varje erfarenhet som genuin och vidhålla att den upplevelsen bör respekteras för vad den är och att både transkribering och analys är förutsatt min tolkning (Fairclough, 1992:229).

### Diskursanalys och skiftande former av styrning

Eftersom jag har varit intresserad av att lokalisera hur aktörerna inom institutionen kommunikativt skapar mening, har min empiri genererat information som involverar processer av *textproduktion*, *distribution* och *konsumtion* (Fairclough, 1992:226).

Materialet har, oavsett om det rört sig om intervju eller text, bearbetats utifrån samma teknik eftersom jag ser dem som likvärdiga källor av meningskonstruktion. Tillvägagångssättet bygger på att se hur språkbruk inom institutionen skapar olika (ibland gemensamma) praktiker att förhålla sig till (Fairclough, 1992:72; Winther Jørgensen & Phillips, 2000:74). Text och tal får en fördjupad betydelse när de hålls i relation till varandra, som en del i en kommunikationskedja där aktörerna inom könsutredningarna till stor del förhåller sig till liknande praktiker. Ofta är det samma slags uttryck som cirkulerar inom institutionen och därför har jag inspirerats av Norman Faircloughs diskursteoretiska verktyg den *kommunikativa händelsen* (*communicative action*) som syftar till att se allt språkbruk inom sociala institutioner som förmedlande (Fairclough, 2003:61). Jag har därmed haft som syfte att lokalisera på vilket sätt kommunikationen uttrycks; det kan handla om direkta uttryck som löften, förfrågningar, upprepning eller svar samt mer underliggande betydelser genom dolda antaganden och innebörder (Fairclough, 1992:75; 2003:111). Jag behandlar därmed händelsen som summan av all slags kommunikation; den talande, skrivna och handlande. Grundantagandet är att inget språkbruk är isolerat utan bör alltid hållas i förhållande till ett specifikt kommunikationssammanhang. Därigenom skapar händelsen explicita konsekvenser inom institutionen genom att vara tillåtande eller

---

<sup>16</sup> För vidare utveckling av diskussionen kring TS-forskning och rätten att representera, se: <http://hivdatf.files.wordpress.com/2010/09/suggested-rules-for-non-modified.pdf>. Jacob Hale har sammanfattat ledord för att forska kring transsexuellas situation i: *Suggested Rules for Non-Transsexuals Writing about Transsexuals, Transsexuality, Transsexualism, or Trans*.



begränsande. Den kommunikativa händelsen visar hur maktrelationer inte bara befästs genom språket, utan också ständigt omformuleras genom de relationer som finns inom institutionen. Därför har det varit av vikt att undersöka brett, utifrån ett flertal aktörer, hur *förhandling* av maktresurser sker genom den kommunikativa händelsen. Därigenom har jag kunnat se hur det är inom och mellan diskurser som maktrelationer skapas, omskapas och praktiseras.

Medan Fairclough gör en tydlig åtskillnad mellan den diskursiva och sociala praktiken är min analys uppbyggd kring förståelsen av diskursiva praktiker som *materiella* och omöjliga att skilja från sociala strukturer. Diskursiva maktuttryck står i min artikel inte i ett dialektiskt förhållande till det sociala utan *är* det sociala. Även om mitt perspektiv vetenskapsteoretiskt skiljer sig från Faircloughs anser jag att verktygen, med viss modifikation, är väl utvecklade för att utföra en analys gällande just institutioners sammansättning och framförallt är mer metodologiskt specifikt inriktade på analys av texter och tal än exempelvis Foucaults (Fairclough; 1995:36;1992:40; Mills, 2004: 134).

Den tematiska uppbyggnaden har varit en ständigt pågående abduktiv process som har skapats utifrån en växelverkan mellan läsning av empiri och tillämpning av teori (Aspers, 2007:167). Medan man kan se textanalys som ett rent lingvistiskt arbete har min kodning varit inriktad på att identifiera specifika praktiker. Det har, mer konkret, i en första läsning byggts på ett sammanfattande av de diskurser som jag identifierat som centrala i respektive aktörers uttryck. Utifrån sammanfattningen har jag sedan återgått till materialet och identifierat de teman som illustrerat tydliga styrningsaspekter; *utvärdering, förhandling* samt *diagnostisering*.

För att visa på de skiftande former av styrning som könsutredningar, till viss del, illustrerar i och med övergången från den gamla till den nya vårdformen har jag även använt mig av Nikolas Rose och Peter Millers ”governmentality”-perspektiv. De menar att man bör, istället för att se staten som dominant i sin styrning av samhället, se en form av *governmentalization of the state*.<sup>17</sup> Styrning i samtida västerländska samhällen antar formen av en ”acting at a distance”-mentalitet som tillåter individen att handla utifrån synbart ”självstyrande” principer. Perspektivet pekar också på att styrning inom denna ”nya” styrningsmentalitet uttrycker vissa *programmerbara* drag, som utgår från att allt går att utvärdera, effektivisera och förbättra (Rose & Miller, 2008:29).

Om transsexualism ses som ett ”problem”, måste vi fråga oss hur formen för lösningar skapas i och med könsutredningarna. Den nya styrningsformen bör, i det avancerade liberala samhälle vi befinner oss i, ses som ett svar på den prekära situation som uppstår när det största ledordet är *frihet*. Hur skapas regler och normer inom en styrningsmentalitet som i första hand förkastar direkt styrning? Rose (1990) menar att man bör se denna ”frihet” som villkorad och som i allra högsta grad grundad i olika kunskapskonflikter samt utgår från ett flertal rationaliteter. Styrningsmentaliteter bör också ses som mer eller mindre kalkylerande, som ett resultat av vilka aktörer som ingår och vad som mer specifikt definieras som ett problem inom den (Rose, 2000:322).

En del av den nya formen av styrningsmentalitet blir formad inom och mellan grupper, vilket förstärker styrningens legitimitet samt gör den nog attraktiv för medborgaren att tillämpa genom självstyrning (Rose & Miller, 1992:10). Allianser mellan konflikterande aktörer kan ibland därmed skapas utifrån att lösningar *förhandlas* fram: ”... through a complex of seductions, associations, problematizations, and machinations, certain forms of thinking and acting propagate because they appear to be solutions to the problems and decisions confronting actors in a variety of settings” (Rose, 1996:56). Därmed ser jag också perspektivet som mer än väl kompatibelt med Faircloughs syn på maktresurser som en förhandlingsvara.

De praktiker som uttrycks inom könsutredningarna, genom dess sammansättning av aktörer, är kopplade till producerandet av specifika *styrningsteknologier* för att möjliggöra nya former av kontroll och som konstruerats utifrån viljan att skapa medborgare som är kompatibla med samhällets normer. Begreppet styrningsteknologier används för att göra det möjligt att försöka utröna vilka: ”... webs of relations and practices that result in particular ways of governing... seeking to shape the conduct of individuals and groups” (Rose & Miller, 2008:7). Teknologier som kontrollverktyg kan både anta

---

<sup>17</sup> Jag kommer i artikeln fortsättningsvis använda mig av det svenska begreppet ”styrningsmentalitet”, vilket är en direkt översättning av begreppet ”governmentality”.

formen av "tekniska hjälpmedel" och specifika förhållningsregler och liknas här vid "frihetsteknologier" eftersom de till stor del formats utifrån självstyrande principer (ibid.:16).

För att undgå former av direkt styrning, har det skapats nya *allianser* utanför den politiska auktoriteten, exempelvis medicinsk expertis, som blir en del i att leda individer och grupper "på rätt spår". Aktörerna inom ett styrningsnätverk (governance), karaktäriseras av en viss form av autonomi i förhållande till staten samtidigt som staten fortfarande till viss del styr själva nätverket, vilket Rose och Miller sammankopplar med en rad komplikationer i styrningsformen. Att åberopa expertis kan på så sätt både ses som en gåva och ett problem. Å ena sidan kan makten hos expertisen användas för att skapa följsamhet hos medborgarna, å andra sidan ses som ett hot, om expertisen inte följer den politiska rationalitetens regler och istället hävdar sin självständighet utifrån sin kunskapsdominans (Rose & Miller, 2008:69). Genom att använda diskursanalys har det varit möjligt att lokalisera könsutredningars diskursiva karaktär genom *mönster* och *motsägelser* i språket och därmed visa på de maktrelationer som mynnar ut i specifika styrningsteknologier. Genom diskursanalys blir det också möjligt att utröna hur gamla och nya styrningsmentaliteter uttrycks samt relaterar till varandra.

Jag kommer nu vidare, i min analys, visa på hur man kan se könsutredningar som en institution i gränslandet mellan två skärningspunkter av styrning. Jag kommer att hävda att institutionens logik till viss del har gått från en mer direkt styrning till styrning som bygger mer på subtila kontrollprocesser. Det kommer också visa sig att styrningsformerna fungerar överlappande eftersom de fortfarande innehåller spår av varandra.

### **Rituela utvärderingsprinciper**

Själva begreppet "utvärdering" är naturligtvis starkt kopplat till att patienten, för att kunna få behandling, måste underkasta sig psykiatrins utredningskrav. Även om kopplingen kan tyckas vara självklar är det av vikt att titta mer explicit på hur utvärdering som princip kan ses som en teknologi som formas utifrån specifika drag. Det är, med det sagt, viktigt att understryka att den kommunikation som finns inom institutionen är starkt kopplad till att skapa "rätt sorts" patient genom att finna rätt former av utvärderingsprinciper.

Det är tydligt i min empiri att de frihetsteknologier som könsutredningen till viss del genomsyras av, genom talet om patientens rätt att definiera, är förbehållna en individuell *ansvarsfullhet* för sin egen situation (Rose, 2000:324). Det uttrycks mer specifikt genom att utvärdera TS-patientens motivation att underkasta sig psykiatrins vård som ett rationellt *val*. De praktiker som skapas i och med talet om utredningen ser jag därmed, paradoxalt nog, som starkt kopplad till huruvida patienten är frisk nog att vara psykiskt sjuk. Den nya form av mentalitet som skapas kring utredningsprocessen är, starkt kopplad till en *individualisering av hälsa* vilket implicerar att patienten är stark nog att ta "rationella" beslut gällande sin utredningsprocess: "Psykologutredningen innebär en undersökning av individens resurser och eventuella svårigheter personlighetsmässigt och/eller kognitivt av betydelsen av könsbytesprocessen" (Vårdprogram, SFTH).

Individualisering av hälsa ser jag som ett exempel på hur vårdformen till viss del har gått från tanken om den *passiva* patienten till den *aktiva* i bemärkelsen att denne har ansvar för att den egna behandlingen skall bli så effektiv som möjligt (Rose & Miller, 2008:76). Talet om utredningens olika faser, hos samtliga aktörer, innefattar att patienten faktiskt skall ha full insikt och därmed förståelse för hur bedömningen går till. Det uttrycks bland annat genom att klinikerna är noggranna att i detalj gå igenom könskonfirmeringens olika faser och vad de inbegriper. "Ja, så man vet och inte skall ha några frågor och sedan fick man ju det här pappret också" (Konstantin, 18 år). Om man tidigare har sett psykiatrin som en relativt sluten arena med en många gånger kritiserad historia (Rose & Miller, 1986:6) så kan den nya formen för könsutredningarna exemplifiera hur den delvis gått in i en ny sorts fas som karaktäriserar vården i stort. En större "insyn" i vårdprocessen behöver dock inte nödvändigtvis innebära en ökad makt, utan snarare en informationsstrategi som resulterar i en lägre grad av ifrågasättande hos patienten (Power, 1997:104ff;126). Patienten *slängs* inte i lika hög grad in i utredningen, i talet informeras denne ständigt om vad den kan ha att förvänta sig och därmed även vad som *krävs*. Informationen skapar därmed en praktik som implicerar ett större individuellt *ansvar*.

Talet om utredningsprocessen är inom hela institutionen genomsyrd av utvärderingens betydelse, en utvärdering som sätter patientens självstyrande i fokus: ”Ja, men h\*n<sup>18</sup> (klinikern, min anteckning) pratade igenom hela livet, h\*n ville ha en utförlig... Man pratade, prata, prata, prata, prata...” (Konstantin, 18 år). Här kan man se hur ”empowerment”-liknande praktiker, blir en viktig del i hur utvärderingens logik skapar ett aktivt subjekt. Utredningen står därmed och faller med patientens förmåga att kunna uttrycka sin situation i förståeligt tal.

Utredningen möjliggörs och begränsas även av patientens personliga relation till klinikern: ”Jag vet inte men det blev ett sådant bra band. För man pratade om HELA sin livshistoria med den här människan och man måste lita på en människa för att kunna berätta allting och de skapade verkligen det här bandet” (Konstantin, 18 år). Jag menar att utvärdering som teknologi bygger på själva tanken att patienten förmår sig själv att ta ansvar för sin egen situation genom att låta sig utvärderas som en handlande människa, inte en människa som låter sig begränsas av en psykisk sjukdom. Det visar på en motsägelse i hur klinikerna ser på patienten, å ena sidan som ett ansvarsfullt och friskt subjekt och å andra sidan som en person som behöver underkasta sig psykiatrins vård. Det tyder även på att den gamla och nya styrningsmentaliteten fortfarande samverkar. Utvärderingsprincipen fungerar som en genomskärningspunkt i styrningsmentaliteterna och kopplas ständigt, som jag senare kommer att visa, till de övriga teknologierna.

En annan utvärderande princip är de psykologiska tester som samtliga patienter måste gå igenom.<sup>19</sup> Talet om testerna varierar i empirin men diskuteras inte sällan som en kontrovers:

Jaha, skall det komma fram nu att jag har en *störning*? Och om jag skulle ha det, skulle det betyda att de inte litar på hur jag känner? Kommer det att betyda att jag inte får någon behandling? (---) Och även om man är ”underbegåvad” betyder det att man inte kan avgöra det själv (könsidentiteten, min anteckning), att man inte skall få leva det liv man känner att man borde få leva? (Karl, 26 år).

Det framkommer synpunkter (i Socialstyrelsens rapport, min anteckning) på psykologutredningen som kränkande. Det tyder på att patienterna inte riktigt är införstådda med syftet med utredningen (---) Paradoxalt kan det vara att de som bäst behöver utredas psykologiskt är de som kanske är mest ifrågasättande och kritiska (Remissutlåtande, SFTH).

De (utredningsteamet, min anteckning) kunde väl uttrycka: ”Vad det här har att göra med könsidentitet, vilket IQ man har, det vet jag inte men... vi gör det här för att Socialstyrelsen inte skall bråka om det när du ansöker” (Karl, 26 år).

Uttrycket hos klinikerna varierar, en del talar om ett ”nödvändigt ont”, som en del i en byråkratisk process, andra menar att de är till för ”patientens egen skull” för att kunna utvärdera om denne är nog ”stark” att genomgå processen. Tydligt är att testerna refereras till som någon annans ”business”, upprepadet blir därmed ett sätt att svära sig fri.

En del av klinikerna uttrycker ett visst ifrågasättande men hänvisar till Socialstyrelsens regler och hamnar på så sätt i en allians med patienten, som en vän som bara vill patientens bästa. Andra kliniker menar att psykologtesterna är en nödvändighet i en riskreduceringspraktik för säkerställandet av att inte ”fel” person genomgår behandling. Mina intervjupersoner ser antingen testerna som ett ”rent skämt” eller som en integritetskränkande handling som inte har något att göra med dennes könsidentitet.

Hur som helst blir psykologtesterna en del i inkluderande och exkluderande praktiker där fokus ligger på att utvärdera ”lämpligheten” genom att mäta intelligenskvot samt vilken form av

<sup>18</sup> Jag använder mig vid behov av asteriskecken för anonymisera klinikerna, eftersom deras identitet kan kopplas ihop med mina intervjupersoners berättelser och därmed också identitet.

<sup>19</sup> Den psykologiska utredningen utförs av en psykolog och består av ett Rorschachtest för personlighetsbedömning samt vanligtvis WAIS för test av allmänintellektuell nivå. Testernas utformning kan dock variera på grund av praxis men uttrycks som ett obligatorium i utredningen (Socialstyrelsen, 2010).

könsidentitetsstörning patienten kan tänkas ha. Jag ser det som att denna *standardiserade* utvärderingsprincip uttrycker tydligt ett tal om transsexualism som ett ”mätbart” värde, att identitet faktiskt är ”auditable”<sup>20</sup> (Power, 1997:107).

Utvärderingen blir ett sätt att verkligen säkerställa att rätt beslut fattas, ett beslut som egentligen uttrycks utifrån en stark osäkerhet hos en del av klinikerna: ”Jag vet att min bror var ganska kritisk: 'Hur fan vet ni att det här stämmer!?' 'Och det sade h\*n ju också att: 'Det kan vi ju inte veta säkert och det är ju därför utredningen är under så lång tid' ” (Karl, 26 år). Utvärderingens roll framstår därmed som en form av *ritual* i syfte att kunna legitimera beslut. Därmed ökar också riskerna för att väsentlig kunskap som kan förbättra transsexuellas utredningssituation ignoreras till förmån för en mer ”kosmetisk” process (Power, 1997:123).

Eftersom institutionens aktörer ständigt upprepar och reproducerar förståelsen av hur könsutredningar går till, genom att beskriva utredningsgången, blir utvärderingsprincipen till ett faktum som blir svårt att strida emot. Eftersom det uttrycks en osäkerhet hos både kliniker och Socialstyrelsen om huruvida transsexualism verkligen är ett psykiatriskt tillstånd blir det oundvikligen intressant att diskutera om transsexualism är ”auditable”. Utifrån de praktiker som i nuläget uttrycks inom institutionen kan det endast konstateras att det i alla fall utarbetats en *praxis* som implicerar det.

Utvärdering som teknologi ser jag också som starkt kopplad till expertis och dess roll inom det samtida västerländska samhället. Expertisens definitionsfrihet och relativa autonomi gentemot staten blir nämligen en förutsättning för det nya sättet att styra (Rose & Miller, 1992). Rättsliga rådets makt som experter skapar en legitimitet som värderas högre än uttrycket för patienternas önskan, klinikernas bedömning och lagens definition: ”De närvarande ledamöterna ges tillfälle att ställa frågor och bilda sig en personlig bild av sökanden. Efter överläggning avkunnas rådets beslut som inte närmare motiveras” (SOU, 2007:55). I detta uttryck, i en av statens offentliga utredningar, beskrivs rättsliga rådets roll närmast som en arbetsgivare under en anställningsintervju. Den implicerar också att grunden för beslut om byte av juridiskt kön handlar om patientens *trovärdighet* som TS-patient, eller åtminstone rättsliga rådets tolkning av denne. Talet om rättsliga rådets två ledamöter som experter inom institutionen är både självklar och omdiskuterad: ”Ju tydligare det blir att det här är en process kontrollerad av två psykiatriker utanför all kontroll från Socialstyrelsen, ju tydligare blir det ju att den här processen är fullständigt absurd” (Emelie, 30-årsåldern). Patienternas tal om rättsliga rådets beslutanderätt uttrycker att det fortfarande existerar en form av ”toppstyrning” inom könsutredningarna, vilket i realiteten betyder att rättsliga rådet kan neka, av psykiatrin godkända, patienter nytt juridiskt kön. Både kliniker och patienter uttrycker sin handfallenhet inför denna beslutandenivå, vilket tyder på att de utvärderande principerna inom utredningen ibland har lite eller ingen betydelse alls för själva slutresultatet.

Jag ser utvärderingsprincipen som starkt kopplad till hur olika aktörer positionerar sig inom institutionen och vem som bereds företräde att utvärdera. En del av legitimiteten skapas också inom den kommunikativa händelsen, i samband med att talet om utredningsprocessen ofta uttrycker en stark ”kunskaps”-diskurs. Socialstyrelsens kommunikation med klinikerna är starkt kopplad till bådass positionering som expertis, Socialstyrelsen som tillsynsmyndighet och klinikerna som erfarna vårdgivare. Socialstyrelsen uttrycker bland annat en positiv inställning till att undersöka om personer med så kallad ”odefinierbar könstillhörighetsstörning” skulle ha rätt till behandling. Klinikernas svar på det påståendet uttrycker dock en stark tveksamhet:

En önskan att bli av med eller korrigera sitt könsorgan för att mer likna det prefererade könet är för många utredare en självklarhet för diagnos. Att vara transsexuell med samtidig önskan att om att bevara sitt könsorgan intakt är för oss svårt att förstå (Remissutlåtande, SFTH).

Språkbruket mellan klinikerna och Socialstyrelsen tyder på stridande praktiker där klinikerna åberopar sin expertis för att legitimera en fortsatt syn på transsexualism som ett absolut skilt tillstånd från andra

---

<sup>20</sup> Begreppet ”auditable” är svårt att direkt översätta till svenska och förlorar på ett sätt sin begreppsliga funktion. Närmaste svenska motsvarighet skulle kunna sägas vara ”granskningsbar” i just denna kontext.

transpersoner. Här är expertis i den nya styrningsmentaliteten en betydelsefull källa för klinikerna att bibehålla sin position inom institutionen, som de aktörer som i slutändan har makten att definiera patientens behov av hjälp eller ej. Rose och Miller menar att expertis på så sätt både kan stå som ett förstärkande av en styrningsmentalitet men lika gärna, som i detta fall, bestrida Socialstyrelsens ifrågasättande av diskursen genom att åberopa sitt kunskapsövertag (Rose & Miller, 2008:69). Klinikernas erfarenhet och praxis är i det här fallet oerhört betydelsefullt för vilka praktiker som får företräde inom institutionen.

### **Förhandlingar - att styras genom frihet**

Styrningsteknologier kan även fungera styrande genom att skapa former för gemenskap inom institutionen. Styrningsteknologier som skapas inom frihetsdiskurser ser jag som starkt kopplade till hur individen, i det här fallet TS-patienten, genom sin kommunikation med Socialstyrelsen erbjuds en *röst*: "Projektet har bjudit in professionen, intresse- och patientorganisationer samt enskilda personer utan anknytning till någon organisation, att komma med förslag och synpunkter på åtgärder som bör vidtas" (Socialstyrelsen, 2010:17). I utformandet av Socialstyrelsens rapport skapades två *referensgrupper* som bland annat bestod av de föreningar vars texter jag har analyserat. Empirin visar även att delar av klinikerna använder intresseorganisationerna som ett sätt att referera till begrepp och sammanhang när det gäller transsexualism (<http://www.vardguiden.se/Sjukdomar-och-rad/Omraden/Sjukdomar-och-besvar/Transsexualism/>). Påståenden kan ses som kedjor i en kommunikation där transsexuella får figurera som "informanter". Jag menar att det här kan sägas ha flera följder för styrningsmentaliteterna inom institutionen. För det första skapas legitimitet för det kliniska arbetet genom att reproducera förståelser av transsexualism, skapade av patientgruppen själva. För det andra konstrueras, precis som i utvärderingprincipen, en slags individualiserad "empowerment"-diskurs där objektet själv involveras i utformandet av vården samt i förlängningen i ansvaret för dess framgång (Lupton, 1995:59). Förhandling är därmed starkt kopplad till en förändring i patientens förhållande till vårdgivaren i den nya vårdformen. Den bygger på att patienten ses som en *aktiv* aktör inom institutionen och på så vis används som en resurs, en praktik som jag menar kan härledas till en individualisering av vården i stort.

Det är i mitt material tydligt att individualiseringsprocessen är en del i en större diskursiv strid, där olika vårdinstanser fortfarande tillämpar olika former av strategier gällande förhandling. Ett exempel på inomdisciplinära strider är klinikernas oförmåga att skapa en enhetlig praktik om till vilken gräns man bör förhandla med andra aktörer. I materialet visar det sig mer specifikt i skillnaden på hur patienterna beskriver olika former av förhandlingsutrymme beroende på om det handlat om den gamla eller den nya vårdformen. Konflikten visar sig även i kommunikationen mellan Socialstyrelsen och klinikerna:

Många medlemmar har reagerat över att man i rapporten kan förstå att utredaren lyssnat mer på brukare än på professionen. Vi anser att medlemmar i brukarorganisationerna ofta tillhör en subgrupp av patienter och således inte är representativa för populationen. I rapporten finns en övervikt av sexualpolitiska resonemang (Remissutlåtande, SFTH).

Det är inte endast mellan Socialstyrelsen och de andra aktörerna som förhandlingen är central. Patienternas relation med klinikerna är i vissa fall genomsyrade av förhandlingar, vilket många gånger skapar en gemensam praktik. Förhandling som styrningsteknologi blir ett sätt för institutionens aktörer att skapa ett gemensamt projekt där, i det här fallet, också patienter och kliniker utbyter erfarenheter mellan varandra. Rose och Miller (2008) menar att allianser som skapas genom aktörers sammanlänkande inte alltid behöver fungera på ett tvingande sätt, genom en aktörs dominans över den andra, utan att nätverk skapas på premisserna att de alla har ett gemensamt mål. Här har språkbruket en relevant betydelse, där patienten inbjuds att "undervisa" kliniken i den korrekta "TS-terminologin". "H\*n tycker det är jättekul. H\*n är jätteintresserad av det själv. H\*n älskar att vara med på RFSL-grejer, h\*n är med på HBT-festivalen. H\*n har kontakt med personer på RFSL, mailar och får tips och det är jätteroligt" (Konstantin, 18 år). Genom förhandlingar skapas ett gemensamt mål hos

klirikern och patienten och därmed implementeras även former för självdisciplinering där patienten till lika del ansvarar för att projektet skall ros i land (Petersen, 1997:204).

På samma sätt tolkar jag det som att förhandlingarna kan fungera som förutsättning för att övertyga patienten att göra "rätt val", ett val som implicerar en god samarbetsförmåga med klinikerna. Genom att förhandlingsbara utrymmen inkorporeras, utifrån att exempelvis få vara deltagande i utformandet av vården, skapas en relation av ömsesidigt beroende och tacksamhet. Utifrån patientens högsta önskan konstrueras därför en praktik där patienten i slutändan själv får stå till svars för sin egen lycka. I talet från patienterna betonas det relationella i den nya vårdformen på ett sätt som implicerar ett gott samarbete som en förutsättning för god vård. En del tal innehåller begrepp som "vänskap", "vänskaplig kärlek" och "nästan som en mamma".

Gemensamt för relationerna är att de i första hand skapas med den kliniker som har störst antal utredningssamtal med patienten. I förhandlingens logik uttrycks därmed ett kontrakt som bygger på en samarbetsallians där patientens ansvar för utredningens väl än en gång blir fokus i det klinikerna uttrycker som viktigast (Larsson & Linderberth, 2011:43). Förhandlingar är och bör därför ses som en del i den nya styrningsformen där talet visar att man mer och mer går ifrån en repressiv hållning gentemot patienten i utredningen, genom krav och befallningar, till en fråga om "common knowledge" mellan patient och kliniker (Gastaldo, 1997:121). Talet om allianser uttrycks tydligast i mötet med den nya vårdformen snarare än de som kommunicerar med den gamla. Det tyder på att den nya formen av styrningsmentalitet är starkt kopplad till en övergripande förändringsaspekt i organiseringen av vården. Styrning i det här fallet blir en produkt av diskursiva förhandlingar där Socialstyrelsen och psykiatri till viss del är inbjudande mot andra aktörers rätt att definiera (Winther Jørgensen & Phillips, 2000:74). Den kommunikativa händelsen som Socialstyrelsen, och till viss del klinikerna, skapar med patienter och intresseorganisationer kan därmed innebära en känsla av att inneha en maktposition i att få formulera sanningar utifrån ett patientperspektiv (Rose, 1996:56). På samma gång genererar det en belastning hos patienten, ett skapande av ansvar där denne "måste ge och ta" i förhandlingen.

Utifrån det generella talet verkar patienterna medvetna om denna brytning mellan den gamla och den nya formen av utredning. Det visar sig exempelvis genom hur Liv uttrycker hur hon helst hade velat undvika vissa vårdinstanser: "Jag ville till Stad helst, för Annan stad har ett väldigt dåligt rykte" (Liv, 50-årsåldern). Eftersom Liv tillhörde ett annat upptagningsområde än det hon önskade fick hon söka sig till den utredningsenhet hon fruktade mest. Där var talet om förhandlingsmöjligheterna få och det skapades varken några allianser i fråga om ett gemensamt projekt eller ett "vänskaps"-sammenhang: "Läkaren sade att det här med hormoner, det är jättefarligt. JÄTTEFARLIGT. Men det här med självmord, det var onödigt och poänglöst och jag fick aldrig känslan av att det låg särskilt högt på en farlighetsskala" (Liv, 50-årsåldern). När Liv uttryckte sin desperation genom att säga att det här var hennes sista rop på hjälp innan hon tar livet av sig, upplevde hon det som att tala med en vägg.

I de nya utredningsenheterna uttrycks också en mer kritisk ton gällande "passerandets" funktion. "Så h\*n (klinikern) sade att det var mest förr... när det var mer heteronormativt, att kvinnor skall ha långt hår och kjol men nu sade h\*n att det nu betyder det inte så mycket längre. Så jag vet inte men de vill väl ha bort det ("Real life"-test, min anteckning) tror jag" (Konstantin, 18 år). Förhandlingen är starkt bunden till en begränsning; den sker endast till en viss gräns och behöver inte nödvändigtvis betyda större handlingsmöjligheter. Att passera som kvinna eller man är förhandlingsbart till den gräns det anses vara "omöjligt". Här är det inte bara specifika könsmarkörer som ligger till grund för förhandlingens utgång utan även patientens ålder, där äldre personer ses som mindre mottagliga för könskonfirmerande behandling. Förhandlingens framgång handlar därmed inte bara om huruvida patienten kan "tala för sin sak" utan även vilka fysiska förutsättningar denne går in med. De som inte kan eller vill "passera" utsätts därmed för ett uteslutande från förhandlingsbordet som har att göra med en viss styrningsmentalitet som bygger på "allas väl". Transsexuellas passerande kopplas här ihop med den "goda medborgaren" som i slutändan är villig att acceptera en viss form av konformitet (Rose & Miller, 1986:10). Den nya vårdformen är därmed förändrad i sin styrningsmentalitet till en viss gräns när man talar om förhandling av passerandet. Dock innehåller den fortfarande spår av en försäkran om att säkerställa "rätt" sorts könsmarkeringar hos patienten.

För samtliga män som jag intervjuat har "Real life"-test och passerandet varit fulla av förhandlingsmöjligheter inom den nya vårdformen, gemensamt för dessa män har även varit deras unga ålder vid tiden för utredningen. Det förhandlingsbara utrymmet som dessa personer beskriver kopplar jag till två element i den nya styrningsformen som är genomgående för deras historia. Det första gäller känslan av att inneha makten att få definiera sig själv och att utredningsteamet uttrycks vara "progressiva" och "könsliberala" i sin syn. Den andra delen gäller att förhandlingen endast har gällt de personer som i praktiken redan passerar. "Ja men nu går vi in i den fasen och nu förväntar vi oss att du skall leva som kille fullt ut" 'Ja, men det gör jag ju redan' 'Ja, just det. Det gör du ju ' " (Mikael, 28 år). Mikael upplevde aldrig att klinikerna uttryckte några specifika krav på hur "Real life"-perioden skulle utföras, det fick han helt definiera själv. Det som kan upplevas som uttryck för en förhandling i institutionen kan därmed lika gärna ha fungerat som en slags självkontroll eftersom passerandet hos patienten inte ansågs problematiskt för klinikern. Även det här tyder på att förhandlingar både är begränsande och tillåtande i sin praktik och att reglerna för förhandlingarna alltid konkret kan kopplas till vilken position patienten har inom institutionen. Det kan också ge uttryck för att klinikerna vidare, i den nya styrningsmentaliteten, lyckats mobilisera sig som en stark aktör inom institutionen. Inte längre genom att uttrycka dominans, utan snarare i värvandet av patient och intresseorganisationer som samarbetspartners, för att fortsatt vara den i slutändan beslutande i utredningsprocessen (Rose, 1990:13).

### Diagnostisering - en praktisk lösning

Det första utredningsåret tjänar, enligt det nationella vårdprogrammet för könsbytesutredningar, till att:

... fastställa eller utesluta diagnosen transsexualism, utreda om eventuell psykiatrisk samsjuklighet föreligger och bedöma om patienten har tillräcklig psykologisk och social stabilitet för könsbyte samt realistiska förväntningar på vad detta innebär (Vårdprogram, SFTH).

Förutom de internationella diagnoskriterierna för transsexualism är talet om diagnosen, i mitt material, oftast kopplat till patientens *egna* upplevelser av sin könsidentitet. Den sammanlagda diskursen tydlig; det är genom att fastställa en från patienten samstämmig uppfattning om könsidentiteten som diagnos kan ställas. Samtidigt visar min empiri, precis Larsson och Linderberths (2011), att bedömningen tydligt utgår från klinikernas utarbetade praxis. Talet om diagnostisering kopplar jag därmed till tanken om en *självdiagnos* som utreds genom uteslutandet av andra psykiatriska diagnoser. I och med självdiagnosen leds individen in i en föreställning om en frihet att få definiera sig själv, i det här fallet sin könsidentitet, samtidigt som jag tidigare visat att könsidentitet faktiskt anses vara "auditabel". I första hand kan man se talet om diagnostiseringen som en utvärdering av individens *drivkrafter* att vilja leva som upplevt kön. Diagnosen fastställs mot bakgrund av patientens egen *historia*, en historia som sedan utvärderas noga. Uttrycket hos patienterna talar också för ett bekräftande av denna praktik, patienten vet att *bevisbördan* ligger på denne. "I den där positionen så är man ganska utlämnad och maktlös... och man vet inte riktigt vad som händer... Vad man förväntas göra, vad man förväntas säga och vilka saker de egentligen sätter diagnos på" (Mikael, 28 år). Detta tyder på att diagnostiseringen paradoxalt nog både innehåller uttryck av "frihet" och samtidigt "objektiv" bedömningsbarhet.

I de texter jag har analyserat finns inga egentliga klara kriterier om hur en diagnos ställs, det är till och med så att diagnostisering rent juridiskt inte skall vara ett explicit krav för behandling. De få "objektiva kriterierna" som nämns i empirin överensstämmer till stor del med det som lagen uttrycker (1972:19), vilket är av mycket kortfattad natur. Enligt den skall den upplevda könsidentiteten vara upptäckt i *tidig ålder*, ett uttryck som tyder på synen på kön som en *konstant* känsla av tillhörighet och implicerar att känslan ser likadan ut för alla med behov av behandling. Lagen kan därmed inte sägas helt ha förlorat betydelse till förmån för andra disciplinerande normsystem, utan är i allra högsta grad fortfarande betydelsefull i könsutredningarna (Edenheim, 2005:23). Betydelsen skapas genom hur talet i lagen kommuniceras vidare som förståelse av transsexualism i exempelvis diagnostiseringen. Att lagen distribueras och konsumeras betyder inte att den ger uttryck för en "grunddiskurs" som är början

i en kommunikationskedja, utan lagen kan i sin tur vara en upprepning av tidigare uttryck från exempelvis tidigare statliga uttalanden om transsexualism (Edenheim, 2005; Alm, 2006). Jag menar att poängen är att den legitimerar ett inkluderande och exkluderande av förståelser av vad könsidentitet är, vilket får konsekvenser för hur TS-patientens bedöms. Klinikerna, Socialstyrelsen och intresseorganisationerna visar sig även vara en del i *upprepningen* av begrepp av hur transsexualism skall förstås:

Problematiken kan ses som ett kontinuum från de med genuin transsexualitet det vill säga de som upplever sig sedan tidig ålder födda i fel kropp (Socialstyrelsen, 2010:21).

Vanligen avskyr man de delar av sin kropp som är könsspecifika, d v s yttre och inre könsorgan samt för biologiska kvinnor bröstet (Könsbytesmottagningen, Huddinge).

Transsexuella upplever psykiskt och socialt, ofta sedan tidig barndom, att de tillhör det motsatta könet (---) Som en desperat utväg förekommer försök till självstympning (Patientföreningen Benjamin).

De former av upprepade uttryck som liknar varandra skulle kunna ses som en *naturalisering* av diagnostiseringen inom könsutredningar, som till stor del tas för given trots att den inte juridiskt skall ses som ett krav. Fairclough menar dock att de dominanta ideologier som formar "sanningar" inom institutioner sällan är helt obestridda, skillnaden ligger i att kritiken mot den oftast inte tjänar som något direkt hot (Fairclough, 1995:41). Uttryck för hur transsexualism *bör* upplevas har därmed stor betydelse för hur diagnostisering som styrningsteknologi kan förstås, och är ett tydligt exempel på hur stridande parter inom institutionen samverkar i uppbyggnaden av denna förståelse. Patienterna är i sin tur nödgade att förhålla sig till dessa på förhand utsatta praktiker, då en stor del av diagnostiseringen förstås utifrån dem.

*Förväntningar* kan sägas vara en stor del av hur diagnostisering uttrycks av de personer jag intervjuat. Eftersom det inte existerar några egentliga kriterier för hur en diagnos ställs, skapas förväntningarna många gånger utifrån andras aktörers uttryck och det får betydelse för hur utredningssituationen sedan upplevs (Bremer, 2011:28). I mitt material visar det sig genom att patienterna beskriver att de redan innan skapat sig en uppfattning om hur utredningen skall gå till genom att lyssna till andras erfarenheter av utredning samt beskrivningar av utredningsgången som finns tillgängliga genom exempelvis intresseorganisationerna. Som en del i denna produktion, distributions- och konsumtionskedja skapas det praktiker som får stor betydelse för patienternas möjligheter att uttrycka motstånd.

Att i tidig ålder ha upptäckt sin könsidentitet, som man nu vill juridiskt säkerställa, samt en avsky mot sina medfödda könsorgan menar jag således är en del av diagnospraktiken som blir svår att frångå. På så sätt upprepas också praktiken av patienten: "Det finns ju en 'berättelse' som finns bland människor, människor som är i den här situationen, känner till och förhåller sig till på något sätt: Att man skall ha vetat om det sedan barnsben och hata könsorganet och alla de här sakerna" (Mikael, 28 år). Talet om den gemensamma "berättelsen" hos patienterna är tydlig, även om det enligt mina intervjupersoner tycks skett en förskjutning i hur stor vikt man lägger vid den i diagnostiseringen. En del av patienterna beskriver klinikerna som "mer liberala" och "progressiva". Berättelsen om avsky för sitt eget könsorgan tycks bytas ut mot en mer *diskuterande* ton som mer och mer gäller drivkrafter och social möjlighet till att leva i upplevt kön.

Medan tidigare forskning (Bremer, 2011; Larsson & Linderberth, 2011) har visat på könsutredningarnas snäva ramar inom vilka patienten kan uttrycka sig, visar min empiri att en alltmer *patientinriktad* diskurs infunnit sig. Ledorden kan kännetecknas av *samarbete*, *personliga drivkrafter*, *motivation* och *diskussion*. En del av den praktiken ser jag som nära sammankopplad med den nya vårdformen, där man gått från en enskild psykiatrikers bedömning till ett nära samarbete mellan läkare, psykolog och socionom (Socialstyrelsen, 2010:12). På samma sätt som det öppnar upp för mer till synes nyanserade praktiker gällande hur könsuttryck kan förstås, skapas också nya allianser som ingår i en *bekännelsediskurs* (Foucault, 2002:76). Jag ser det som att bekännelsen är starkt kopplad till



utvärderingsprincipen, som bygger på att patienten hänger sig åt att tillsammans med klinikerna vända och vrida på identitetens alla beståndsdelar för att överhuvudtaget göra den " trovärdig". Diagnostisering som styrningsteknologi är även starkt kopplad till en *lösningsorienterad* diskurs vilket uttrycks som en självklarhet hos klinikerna:

Huruvida transsexualism är en psykisk sjukdom eller ej kan diskuteras. Vi i föreningen har inte tagit ställning till detta. Det finns praktiska skäl till att det klassificeras som en psykisk sjukdom eftersom det är viktigt med en psykiatrisk utredning före diagnos och behandling (---) Vi anser att diagnosen försvinner i och med behandlingen (Remissutlåtande, SFTH).

I och med Socialstyrelsens rapport formulerades ett remissutlåtande där klinikerna själva uttalade sig om hur de såg på Socialstyrelsens utvärdering. Socialstyrelsens rapport formulerar ett antal påståenden, fokus ligger bland annat på att ifrågasätta hur det kommer sig att, trots avsaknad av lagstöd, de flesta utredningsenheterna använder diagnosen som underlag för beslut om könskonfirmerande behandling (Socialstyrelsen, 2010:15). "Det finns en utbredd missuppfattning att det krävs en diagnoskod, såsom exempelvis transsexualism F64.0, för att få vård (ibid.:23)". Socialstyrelsens formulering exemplifierar en kritisk hållning gällande hur diagnostisering används av psykiatri för att inkludera och exkludera och hur det oundvikligen innebär att de personer som inte kategoriseras inom koden blir uteslutna ur fortsatt vård. I Socialstyrelsens tal uppstår därmed en konfliktartad logik som både ifrågasätter och bekräftar diagnostiseringens betydelse.

Diagnostiseringen har en given central del i institutionens sätt att skapa mening kring hur utredningen skall förstås, alla aktörer förhåller sig på ett eller annat sätt till den, en del genom att motsätta sig den helt: "Då bokade jag ett möte med kliniken och sedan satt vi och pratade i ungefär 20 minuter (---) Så h\*n skickade in ett papper, sedan tog det en månad ungefär och sedan var det klart" (Emelie, 30-årsåldern). Emelie såg ingen annan utväg än att genomföra sin könskonfirmerande behandling utomlands eftersom hon under inga omständigheter ville underkasta sig psykiatri. Väl hemma i Sverige igen, beskriver hon sin utredningsprocess i termer av ett 20 minuters samtal som gick ut på bekräftandet av att behandling och operationer redan var utförda och att ansökan och fastställande av juridiskt kön endast blev till en *formalitet*. Att styra genom diagnostisering var inte möjligt i Emelies fall då hon redan kroppsligt var kvinna, vilket också exemplifieras med klinikernas tal om hur diagnosen *försvinner* efter kroppslig behandling. Talet om diagnostiseringen stämmer därmed överens med synen på teknologier som både tekniska och normativa. Det visar också på hur diagnostiseringen ses som lösningen på ett problem men endast om det anses vara "praktiskt" till sitt syfte, vilket inte var fallet med Emelie.

För Liv, yttrade sig utredningen helt annorlunda, för henne existerade inte ens någon diagnostisering "... de var ju lite praktiska med det. De övertygade mig att det inte var så bra att göra det här då, 'det blir ju inte bra med alla hormoner när jag är så gammal som jag är, man är inte mottaglig'. Man ser fortfarande ut som en gammal gubbe" (Liv, 50-årsåldern). Redan under första samtalet hos läkaren fick Liv förklarat för sig att könskonfirmering inte var möjlig, någon diagnostisering hörde Liv aldrig talas om. I Livs fall var det talet om *fysiska förutsättningar, motivationssvårigheter* och *anhörigproblematik* som till slut ledde till avslutad kontakt. Liv uppfattade att de möten hon hade med läkaren mer kom att handla om hur hennes familj skulle må efter eventuell operation. I klinikernas uttryck behandlades de anhörigas psykiska välbefinnande som en avgörande del i beslutandeprocessen, något som kan kopplas till hur de anhörigas syn på förändring tas i beaktande också i patientens diagnostisering (Bergström, 2007:67). Självdiagnostiseringen och den patientcentrerade vården tycks därmed vara beroende av patientens familjära förutsättningar, något som också är tydligt i de andra intervjuerna. En del i utredningsprocessen är därmed fylld av uttryck som rör omgivningens acceptans och har lite att göra med patientens egentliga "sjukdomstillstånd". Styrningsteknologin bygger därmed på att reglera individens subjektivitet genom att minimera risken för psykisk ohälsa, inte bara hos patienten utan även hos dess omgivning. Det bygger på en tanke om att styrning skall ske i en "positiv anda", psykiatrins uppgift blir därmed inte bara att utreda sjukdomstillstånd, utan i förlängningen även att skapa kompetenta medborgare och minimera risken

för potentiellt större skada än nytta (Rose & Miller, 1986:4). Jag menar att det här också visar på att styrningsmentaliteterna fortfarande tydligt går in i varandra eftersom Livs utredningssituation både innehåller "patientinriktade" uttryck och rent repressiva inslag. Friheten att få definiera sig själv kan därför ses som *villkorad* eftersom diagnostiseringen kan definieras som lösningsorienterad med inkluderande och exkluderande praktiker. Det visar på hur diskursen kring könsutredningar inte bara uttrycker individens rätt att få en utredning utan även hur riskkalkylering är en del av denna rättighet.

Liv övertalades att avsluta utredningen egentligen redan innan den hann börja eftersom klinikerna uttryckte oro över det potentiella "sociala resultatet". Styrningen ligger därmed inte i att tvångsmässigt utesluta patienten, utan att förmå patienten *själv* att fatta ett beslut som överensstämmer med klinikernas egna. I Livs fall tenderade därmed formen av styrning att anta dubbla roller. Dels, som jag tidigare nämnt, handlade det om en rent repressiv taktik från överläkarens sida att totalt exkludera Livs möjlighet till förhandling. Samtidigt som den också hade inslag av att "styra genom självstyre" när klinikern förmådde Liv att själv ta beslutet att avsluta utredningen.

En annan del av klinikernas praktik tyder även på att den psykiatriska utredningen till stor del bygger på vad som anses *tekniskt möjligt* och har lite att göra med psykiskt tillstånd. Jag menar att det är helt avgörande att se styrningsteknologin som starkt kopplad till det medicinskt tillgängliga sammanhanget. Transsexualism som diagnos är helt och hållet beroende av den fysiska teknologi som utvecklades i mitten av 1900-talet (Edenheim, 2005:121;127). I nuläget finns det inget krav på att Female to Male (FtM)-patienter skall vilja genomföra underlivskirurgi i motsats till MtF:s där underlivskirurgi blir kärnan i diagnostiseringen. På så sätt ser jag diagnostiseringen som en *programmatisk* lösning där kravet på de individuella drivkrafterna formuleras utifrån de *lösningar* som finns möjliga (Rose & Miller, 1992:23; Aus, 2006:5). Motivation och drivkraft hos patienterna är på så sätt nära sammankopplade med teknologierna som både teknik och normsystem och att samtliga teknologier definieras utifrån en "praktisk lösning". Samtidigt handlar det om, även gällande FtM:s, att försäkra sig om att de medfödda könsorganen inte är *alltför* älskvärda. "Det har jag varit ärlig med hela tiden... underlivskirurgi liksom. Och det var ok (från deras sida, min anteckning) (---) men att jag inte skulle ha någon positiv relation till mitt (medfödda, min anteckning) könsorgan" (Mikael, 28 år).

Majoriteten av patienterna ser diagnostiseringen som sin räddning, hur negativa de än är till sjukdomsklassificeringen. Att underkasta sig psykiatrins praktik ses i patientens tal som en självklarhet utifrån *handlingsmöjligheter*. Att positionera sig som patient inom institutionen handlar därmed om att utvärdera vilka möjligheter som finns tillgängliga. Diagnostiseringen är därmed endast naturaliserad utifrån att den ses som en icke-förhandlingsbar del i könsutredningen, därmed inte sagt att patienterna står helt likgiltiga inför den. Mikael beskriver diagnostiseringen som: "Det är ju nålsögat man skall passera för att få tillgång till allt det man vill ha tillgång till" (Mikael, 28 år).

Karl förhåller sig till diagnosen som en självklarhet tills jag ställer frågan om hur han ser på att transsexualism klassas som en psykiatrisk diagnos. Diagnostiseringen är ett steg på vägen till hans mål att få ett nytt juridiskt kön och som han uttrycker det själv: "Att det överhuvudtaget är en diagnos, det kan jag tycka är helt jävla galet samtidigt som jag kan tycka att det är skitbra! (---) För hade det inte varit så, hade jag inte haft möjlighet att gå igenom det här, jag hade inte haft råd" (Karl, 26 år). Mikael och Karl omfamnar diagnostiseringen endast utifrån de förutsättningar den rent institutionellt ger dem. Det exemplifierar tydligt att diagnostisering som medikaliseringsprocess inte endast handlar om en "medicinsk imperialism" i den bemärkelsen att psykiatrin ensam reproducerar förståelsen av transsexualism (Conrad, 1992:219). Däremot visar den att det är psykiatrin som har *företräde* i formulerandet genom sin ensamrätt på lösningarna då psykiatrin är den enda instans som erbjuder vård.

Med det här menar jag att naturaliseringen av diagnostiseringen kan ses som en "sanning" som upprepas av samtliga aktörer. Patientens "bekännelse", genom ett fullständigt blottande inför vårdgivaren, relaterat till diagnosen som lösningsorienterad, skapar på så sätt en förutsättning för att utredningsformen fortsättningsvis reproduceras. Trots att institutionen är fylld av strider i förhållande till denna sanning, reproduceras på det viset betydelsen av den likväl. Sanningar som skapas kring diagnostisering bör därför inte *enkelt* ses som en konstruktion utifrån psykiatrins totala definitionsmakt. Snarare som ett resultat av ett diskursivt samspel mellan flera aktörer med olika intressen (Rose, 1996:55). Upprepanandet av vårdpremisserna kan också kopplas till hur

välfärdssystemet skapar en praktik där patienten och intresseorganisationerna står i ett *beroende* av talet om utredningsgången som självklar och kostnadsfri. Således kan upprepandet ses som en solidarisering genom ett gemensamt kontrakt av tacksamhet (Rose & Miller, 1992:30). Den intressanta aspekten med könsutredningar är därmed att genom ett ständigt upprepande av de praktiker som staten och klinikerna formulerar naturaliseras förståelsen av den process som transsexuella måste underkasta sig för att få vård i Sverige. Även om Socialstyrelsen, intresseorganisationerna och patienterna uttrycker motstånd som ifrågasätter diagnostiseringens naturaliserande drag blir klinikerna genom sin hävdade expertis den dominerande aktören i att formulera handlingsmöjligheter inom institutionen.

### Slutsats

Min analys har visat att det inom könsutredningar som institution skapas tre former av styrningsteknologier; utvärderingsprinciper, förhandling och diagnostisering. I ett försök att dekonstruera styrningen har det dock visat sig att de är svåra att urskilja som klara kategorier utan ständigt går in i förståelsen av varandra. Med det sagt vill jag ändå påstå att resultatet visar att förståelsen av utredningsprocessen inte på något sätt är obegriplig eller diffus, den kommunikation som skapas inom institutionen är tvärtom ett resultat av mer eller mindre kalkylerande strider om maktresurser. Samtliga aktörer inom könsutredningarna måste förhålla sig till dess teknologier, vilket både resulterar i ett reproducerande genom upprepande i en kommunikationskedja och även genom olika former av motstånd. Analysen visar också att samtliga teknologier återfinns som kontrollverktyg i både den gamla och den nya vårdformen men att den nya vårdformen uttrycker mer specifika drag av en ny slags styrningsmentalitet. Det är specifikt tydligt i den kommunikativa händelsen mellan patient, intresseorganisationer och stat samt i relationen mellan patient och vårdgivare.

Den nya formen av utredningsenheter, där TS-patienten och klinikern står i en nära relation till varandra, genomsyras av en förhandlande logik där patienten definieras som bärare av en psykiatrisk diagnos samtidigt som denne förväntas vara frisk nog att ta rationella val gällande sin utredningssituation. Detta individualiserande av hälsa skapar både nya handlingsmöjligheter och begränsningar för TS-patienter. Det är tydligt att förhandlingsmöjligheterna endast är möjliga till en viss gräns och kopplade till patientens positionering inom institutionen. Förståelsen av självdiagnosen kan sägas bygga på en villkorad frihet som implicerar individens eget ansvar att uttrycka nog motivation att vilja underkasta sig psykiatrins behandlingsformer. På samma sätt är utvärdering ett verktyg för att skapa "mätbara" identiteter, där alla delar av en människas liv går att värdera utifrån på förhand utformade tester. Utifrån den aspekten formulerar näst intill alla aktörer liknande uttryck, genom ett upprepande av den aktuella utredningsgången. Det motstånd som förekommer från bland annat organisationer och patienter exkluderas enkelt genom gränssättande praktiker från den övriga institutionen.

Eftersom diagnostiseringen tjänar som en så stark teknologi inom institutionen är talet om den från patienterna en nästintill upplevd självklarhet. Diagnostiseringen av transsexuella kan därmed fortfarande ses som en teknologi som används för att med enkla medel kategorisera människors upplevelser och önsknings, både genom tekniska hjälpmedel och normativa förståelser (Rose, 2008:16). Förändringen, som jag i denna artikel lokaliserat, ligger i hur den nya formen av styrningsmentalitet skapar allianser där synbar öppenhet kan misstas för en maktförskjutning till patientens fördel. Genom institutionens komplexa sammansättning blir det också enklare att skapa följsamma patienter genom att könsutredningen formuleras utifrån ett "gemensamt projekt" där patienten till viss del blir självreglerande eftersom lösningarna förhandlas fram (Rose & Miller, 2008:69). Diagnostisering som teknologi kan därmed fortsatt reproduceras genom att den tjänar som en "praktisk" lösning, trots att den egentligen inte uttrycker en förståelse för transsexualism som en psykiatrisk diagnos. Snarare som ett problem som "måste" hanteras utifrån vilka normativa och tekniska möjligheter som finns tillgängliga och vad som kan räknas som ett "common good"-koncept. Det är även av vikt att konstatera att uttrycken visar att styrningsförändringen inte på något vis är total, styrningsformerna går tydligt in i varandra. Jag menar att frihetsteknologierna fortfarande är starkt kopplade till psykiatrins makt att definiera och kategorisera och möjlighet till förhandling är förbehållet *delar* av utredningsprocessen och det finns tydliga exempel på där möjligheterna helt tar slut även i den nya vårdformen. Med det vill jag säga att utredningsklimatet för transsexuella är

förändrat så till den grad att maktrelationerna mellan de olika aktörerna har omstrukturerats, men inte på något sätt försvunnit. Talet om transsexualism är en del i en större kommunikationskedja som *alla* förhåller sig till, oavsett om det skapar begränsningar eller inte.

Ett annat tydligt exempel på att den gamla och nya styrningsmentaliteten samverkar är rättsliga rådets positionering inom institutionen. Det pekar inte enkelriktat på att toppstyrning är icke-existerande utan reproduceras genom bland annat Socialstyrelsens snäva förhandlingsmöjligheter med klinikerna. En del av den begränsningen ser jag paradoxalt nog som en given följd av den nya styrningsmentalitetens omfamnande av expertis, vilket får följden att enstaka aktörer (rättsliga rådet) fortfarande utövar störst tillsyn av TS-vården genom sina interna riktlinjer som bygger på utprövad *praxis*. Det talar också för att styrningsformen ständigt skapar nya former av interna strider där en teknologi som ses som en lösning för en aktör, ses som ett problem för en annan (Rose & Miller, 1992:22).

Artikeln resultat har en sociologisk relevans då det visar att makt inte endast kan reduceras till former av tvång eller repression, kontroll skapas också inom allianser som kan legitimera nya former för att styra individer och grupper till fördel för vissa former av styrningsmentaliteter. Dessa indirekta mekanismer av styre skapas mellan patient, kliniker, intresseorganisationer och staten genom att förhandla fram ett "önskat" resultat. Genom att förmå patienter att på egen hand avsluta sin utredning, eller vara en del i upprepadet av förståelsen av transsexualism, är könsutredningar ett tydligt exempel på hur "acting at a distance" fungerar som självstyrande princip.

## Litteratur

Alm, Erika (2006) *Ett emballage för inälvor och emotioner -föreställningar om kroppen i statliga utredningar från 1960- & 1970-talen*. Göteborg: Idéhistoriska institutionen. Göteborgs universitet.

Aspers, Patrik (2007) *Etnografiska metoder: att förstå och förklara samtiden*. Malmö: Liber.

Aus, Jonathan (2006) "Eurodac a Solution Looking for a Problem" i *EIoP*, vol. 10, no. 6. Oslo: Arena.

Bergström, Helena (2007) *Kön och förändring. Kontinuitet och normalitet i anhörigas relationer till transsexuella*. Stockholm: Pedagogiska institutionen, Stockholms Universitet.

Bremer, Signe (2007) "Kan man ta tempen på genus?! Om genusklimat och makt i psykvårdens könsbytesutredningar" i *Humanistdagboken* 20 nr.62962.

Bremer, Signe (2008) *Acting Bodies?! The Diagnostic Gaze and Bodies That Matter, Within the Psychiatric Assessment of Transsexualism*. Paper presenterat på: "TransSomatechnics: Theories and practises of transgender embodiment. A Transdisciplinary International Conference" (Kanada/Vancouver 1-3 maj 2008).

Bremer, Signe (2011, kommande) *Kroppsliga väntrum. En etnologisk studie om transsexuella individers berättelser om att genomgå könskorrigering*. Göteborg: Etnologiska institutionen, Göteborgs universitet.

Edenheim, Sara (2005) *Begärets lagar. Moderna statliga utredningar och heteronormativitetens genealogi*. Lund: Historiska institutionen, Lunds universitet.

Fairclough, Norman (1992) *Discourse and social change*. Cambridge: Polity Press.

Fairclough, Norman (1995) *Critical Discourse Analysis: the Critical Study of Language*. London: Longman.

Fairclough, Norman (2003) *Analysing Discourse. Textual Analysis for Social Research*. London: Routledge.

Foucault, Michel (2004) *Sexualitetens historia: Band 1, Viljan att veta*. Stockholm: Daidalos.

Gastaldo, Denise (2007) "Is Health Education Good for you? Re-thinking Health Education through the concept of bio-power" i Petersen, Alan & Bunton, Robin (ed.) *Foucault, Health and Medicine*. London: Routledge.

Kroon, Ann (2007) *FE/MALE. Assymetries of Gender and Sexuality*. Berlin: VOM Verlag. Sociologiska institutionen, Uppsala universitet.

Landén Mikael (1999). *Transsexualism: Epidemiology, Phenomenology, Regret After Surgery, Aetiologi and Public Attitudes*. Göteborg: Institute of Clinical Neuroscience.

Larsson, Camilla & Linderberth, Lina (2011) *Transsexualism- att falla inom ramen för en förståelsebar människa. En studie av utredares bedömning vid könstillhörighetsbedömning*. Malmö: Malmö Socialhögskola: Magisteruppsats.

Lupton, Deborah (1995) *The Imperative of Health. Public Health and The Regulated Body*. London: SAGE.

Mills, Sara (2004) *Discourse*. New York: Routledge.

Petersen, Alan (1997) "Risk, Governance and the New Public Health" i Petersen, Alan & Bunton, Robin (ed.) *Foucault, Health and Medicine*. London: Routledge.

Power, Michael (1997) *The Audit Society. Rituals of Verification*. New York: Oxford University.

Rapley, T J (2001) "The Art(fullness) of Open-ended Interviewing: Some Considerations on Analysing Interviews" i *Qualitative Research*, vol. 1(3): 303–323.

Reinharz, Shulamit (1992) *Feminist Methods in Social Research*. New York: Oxford University Press.

Rose, Nikolas S. & Miller, Peter (1986) (ed.) *The Power of Psychiatry*. Oxford: Polity Press.

Rose, Nikolas S. (1990) *Governing the Soul*. New York: Routledge.

Rose, Nikolas S. & Miller, Peter (1992) "Political Power Beyond the State. Problematics of Government" i *British Journal of Sociology*, 43, 2:172-205.

Rose, Nikolas S. (1996) *Inventing Our Selves: Psychology, Power and Personhood*. New York: Cambridge University Press.

Rose, Nikolas S. (2000) "Government and Control" i *British Journal of Criminology*, 40: 321-339.

Rose, Nikolas S. & Miller, Peter (2008) *Governing the present. Administering Economic, Social and Personal life*. Cambridge: Polity Press.

Stryker, Susan & Whittle, Stephen (2006) *The Transgender Studies Reader*. New York: Routledge.

Winther Jørgensen, Marianne & Phillips, Louise (2000) *Diskursanalys som teori och metod*. Lund: Studentlitteratur.

## Rapporter

Statens Offentliga Utredningar (SOU) *Ändrad könstillhörighet – förslag till ny lag. Betänkande av könstillhörighetsutredningen*. 2007:16.

*Transsexuella och övriga personer med könsidentitetsstörningar. Rättsliga villkor för fastställelse av könstillhörighet samt vård och stöd*. Socialstyrelsen. ISBN: 978-91-86585-38-9. Artikelnummer: 2010-6-31.

Hämtad från Socialstyrelsens hemsida ([www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)) (2011-02-03).

*Vem får man vara i vårt samhälle? Om transpersoners psykosociala situation och psykisk hälsa*. Statens folkhälsoinstituts rapport 2008. ISBN: 978-91-7257-518-9.

## Internetkällor

Kön Identitet Mångfald (KIM)

[http://kim.nu/images/KIM/transpolitiskt\\_program\\_2010.pdf](http://kim.nu/images/KIM/transpolitiskt_program_2010.pdf).

[http://www.kim.nu/index.php?option=com\\_content&task=view&id=71&Itemid=60](http://www.kim.nu/index.php?option=com_content&task=view&id=71&Itemid=60)  
(2011-04-18)

Patientföreningen Benjamin

<http://www.foreningenbenjamin.se/nyhetsbladet-2009-1.pdf>

<http://www.foreningenbenjamin.se/nyhetsbladet-2009-2.pdf>

<http://www.foreningenbenjamin.se/29.html>

<http://www.foreningenbenjamin.se/01.html>

<http://www.foreningenbenjamin.se/20.html> <http://www.foreningenbenjamin.se/16.html>  
(2011-03-21)

Regeringskansliets rättsdatabaser

[http://62.95.69.15/sfs/sfst\\_form.html](http://62.95.69.15/sfs/sfst_form.html) (2011-03-21).

Riksförbundet för sexuellt likaberättigande (RFSL)

<http://www.rfsl.se/?p=329>

<http://www.rfsl.se/?p=382>

<http://www.rfsl.se/?p=674>

[http://www.rfsl.se/public/ts\\_var\\_d\\_basfakta2.pdf](http://www.rfsl.se/public/ts_var_d_basfakta2.pdf)

<http://www.rfsl.se/?p=410>

(2011-03-21)

Socialstyrelsen

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17986/2010-6-1.pdf>

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18087/2010-6-31.pdf>

(2011-02-23)

Stockholm läns landsting

<http://www.varguiden.se/Sjukdomar-och-rad/Omraden/Sjukdomar-och-besvar/Transsexualism/>.

<http://www.imagineit.nu/files/konsbytesutredningar.pdf>

(2011-03-21).

Suggested Rules for Non-Transsexuals Writing about Transsexuals, Transsexuality, Transsexualism, or Trans by Jacob Hale:

<http://hivdatf.files.wordpress.com/2010/09/suggested-rules-for-non-modified.pdf> (2011-04-12).

Sveriges kommuner och landsting

<http://tillgangligvard.org/information-om-varldgaranti/fragor-och-svar/55-sa-raeknas-varldgarantins-tidsgraenser> (2011-03-21).

The World Professional Association for Transgender Health:

<http://www.wpath.org/> (2011-02-16)

Vetenskapsrådets forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning:

<http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf> (2011-05-01).

### **Övriga källor**

Remissutlåtande, Svensk Förening för Transsexuell Hälsa; Socialstyrelsens utredning Dnr: 5.4-27847/2010. 2010-11-22. Förmedlat från SFTH 2011-03-22.

Vårdprogram, Norrlands Universitetssjukhus

Universitetssjukhus/Psykiatriska kliniken, Förmedlat 2011-03-08.

”Nationellt vårdprogram för könsbytesutredningar” Utformat: 2007-11-25 vid TS-konferensen i Linköping. Förmedlat från SFTH 2011-03-22.